FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n° 1012

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul RANDIMBIVAHINY

né le 31 Janvier 1936 à Tananarive (Madagascar)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

TROIS CAS D'HYDRONEPHROSES DU POST-PARTUM REVELEES PAR DES HEMATURIES

Président : M. ABOULKER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Paul RANDIMBIVAHINY

né le 31 Janvier 1936 à Tananarive (Madagascar)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

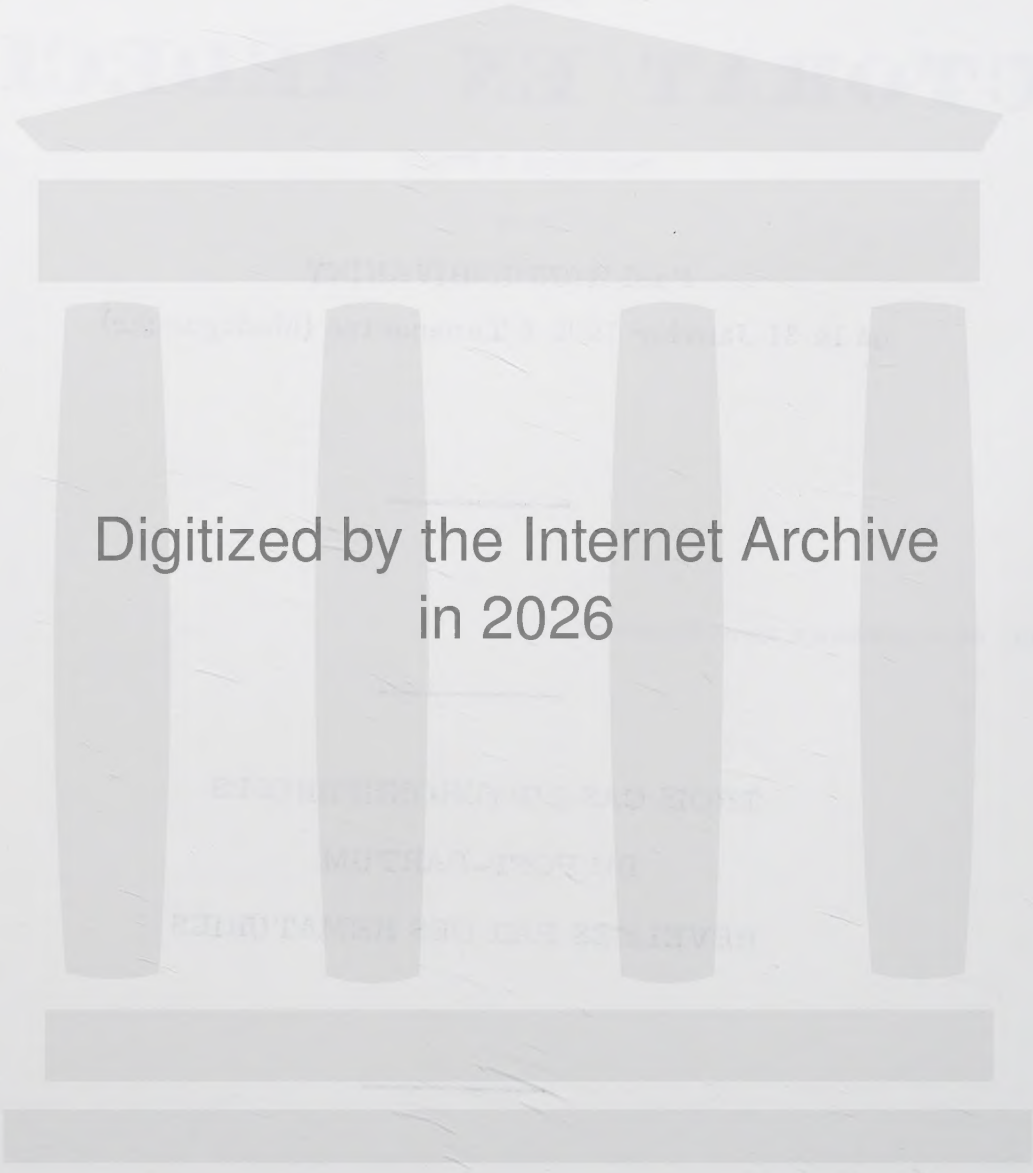
TROIS CAS D'HYDRONEPHROSES

DU POST-PARTUM

REVELEES PAR DES HEMATURIES

Président : M. ABOULKER, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0021

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR. . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR. . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYSOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes grands-parents

A la mémoire de mes parents

A la mémoire de mes frères et soeurs

A mon frère ANDRIANAIVORAVELONA
en témoignage de ma reconnaissance

A POYER Madeleine
en témoignage de mon affectueuse
reconnaissance et de mon Amour.

A notre Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur ABOULKER

Professeur de clinique chirurgicale Urologique

qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse : hommage respectueux et reconnaissant.

A notre jury de thèse :

à Monsieur le Professeur

à Monsieur le Professeur

qu'il nous est particulièrement agréable de compter parmi les membres du jury.

A Monsieur le Docteur MARMASSE François

Ex-chef de clinique chirurgicale à la Faculté.
Chirurgien au centre hospitalier de MELUN.
Dans la réalisation de cette thèse vous avez été le guide le plus sur.
Je ne saurais jamais oublier les précieux conseils que vous m'avez toujours prodigués.
Qu'il me soit permis ici de vous assurer de ma vive reconnaissance.

A tous nos maîtres de la FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A Monsieur le Docteur PICHON

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier de Melun

A tous les Docteurs du Centre Hospitalier de Melun.

A tous les Docteurs de l'Hopital de Bayeux

A tous mes amis d'Internat

- du centre hospitalier de Melun
- de l'hôpital de Bayeux

I - INTRODUCTION

L'hydronéphrose est fréquente chez la femme enceinte et serait décelée plus fréquemment, si les parturientes étaient examinées systématiquement à l'aide de l'urographie intra-veineuse.

Rappelons l'opinion de CHEVASSU : " l'hydronéphrose peut se développer sans nul obstacle sur l'arbre urinaire, au cours d'une grossesse, d'une infection ".

II - OBSERVATIONS CLINIQUES

Première observation : Mme. P .. 26 ans, ouvrière espagnole, primipare, est admise le 3 Juin 1967 dans le Service de Maternité de l'Hôpital de MELUN, avec des signes prémonitoires de travail.

Le Médecin Accoucheur de l'Etablissement a examiné la patiente :

- Obstétricalement :
  - Hauteur utérine : 32 cms
  - Bassin : normal
  - Présentation céphalique
  - Contractions utérines satisfaisantes.
- Somatiquement :
  - système cardio-pulmonaire
  - bruits du coeur normaux
  - poumons respirant bien
  - T. A. 14 / 9
  - pouls régulier, à 92 /m
- Système rénal :
  - discret oedème des membres inférieurs
  - urines de couleur normale, ne contenant ni albumine, ni sucre
- Signes généraux :
  - apyrétique : température 36°
  - bon état général
- Les examens biologiques pratiqués d'urgence ont été :
  - groupe A - Rhésus +

- numération globulaire : 4 500 000 G.R.
- urée sanguine : 0, 30
- glycémie : I, I0 o/oo

Le travail s'est déroulé normalement. La patiente a accouché, par voie basse, d'un enfant de 4 kgs, ce poids ayant motivé, avant le dégagement de la présentation, une épisiotomie unilatérale gauche.

La délivrance s'est effectuée selon son cours normal.

Le 5 Juin I967, c'est à dire deux jours après son accouchement, dans l'après-midi, l'accouchée va se plaindre intensèment et d'une façon prolongée de sa région lombaire droite : cette crise douloureuse s'est accompagnée d'une hématurie très abondante ; l'hématurie est tellement abondante que trois flacons de sang lui ont été transfusés dans l'après-midi et dans la nuit.

Le 6 Juin au matin : la persistance de l'hématurie a motivé son transfert dans le service de Chirurgie. A l'examen :

- Signes généraux :
  - pâleur
  - agitation
  - frissons : température à 39°
  - T. A. 9 / 4
  - pouls rapide à I20

- Signes fonctionnels :
  - hématurie faite de sang pur, brunâtre, fétide
  - douleur lombaire droite continue, avec irradiation descendante
  - pas de troubles du transit digestif

- Signes physiques :
  - douleur provoquée à la palpation de la région lombaire droite

- l'agitation de la malade n'a pas permis la perception d'une masse lombaire droite
- abdomen souple

- Les examens biologiques pratiqués à ce moment-là ont été :
  - numération formule sanguine
    - G.R. : 2 700 000
    - G.B. : 2I 000
      - 90 % polynucléaires neutrophiles
        0 % polynucléaires éosinophiles
        I % polynucléaires basophiles
        8 lymphocytes
        I monocytes
  - hématocrites : 29 ml pour I 000 ml de sang total
  - urée sanguine : 0,45 o/oo
  - une cyto-bactériologie des urines avec antibiogramme a été demandée ; résultat : colibacilles et entérocoques.

  - urographie intra-veineuse d'urgence : cette dernière a révélé un rein droit exclu et une élimination normale à gauche, mais la présence de nombreux gaz intestinaux et l'absence de compression rendent difficile l'appréciation de la morphologie.

La réanimation instituée a été la suivante pour 24 heures :
- 2 flacons de sang
- 5 flacons de S G I avec :
  - Solnicol 2 grs
  - Colimycine 2 millions
  - Terramycine 0 g, 50
  - 6 cg de Cl Na
  - 3 cg de Cl K

Dans la journée :
- la tension artérielle, surveillée toutes les heures, s'est maintenue autour de II maxima.

- La température, prise toutes les heures, a oscillé entre 39° êt 40°.
- La malade est très agitée malgré les calmants prescrits.
- Les urines se sont éclaircies au début de l'après-midi, tout en restant d'une odeur fétide.

Le 7 Juin, devant la persistance de l'agitation, de la fièvre à 39°, d'un faciès pâle : infecté, on pratique une urétéro-pyélographie rétrograde droite : cette dernière montre une énorme urétéro-hydronéphrose.

La conjonction des signes cliniques alarmants et des signes radiologiques a permis d'intervenir sur le rein droit.

Compte rendu opératoire :

- Incision = lombotomie avec résection de la II° Côte
- après avoir traversé la paroi musculaire et refoulé le péritoine en avant, on tombe sur une loge rénale oedématiée et succulente contenant un gros rein
- en extériorisant le rein, rupture du pédicule rénal, qui est très fragile ; la reprise du pédicule ne pose aucun problème.
- on lie l'uretère le plus bas possible, c'est à dire dans sa portion pelvienne haute ; cet uretère, plus gros que le pouce, est distendu par la présence de sang épais.
- fermeture de la paroi au tergal n° I
- tergal + agrafes sur la peau
- 3 lames et antibiotiques in situ

A l'ouverture de la pièce, il existe une hydronéphrose, mais avec persistance d'une quantité importante de parenchyme · tout l'epithelium excréto-urinaire présente des stries rouges vif et, en deux points du parenchyme rénal, il existe des taches noirâtres qui sont peut être des infarctus.

Toute la pièce opératoire a été envoyée à l'examen histologique : le compte rendu est le suivant :

" Rein volumineux du poids de deux cent soixante grammes avec
" une longueur de quatorze centimètres, d'une largeur de huit,
" et d'une épaisseur moyenne de cinq centimètres. Les cavités
" excrétrices (calice, bassinet et uretère) sont très distendues.
" Présence au niveau de la partie supérieure de la face postéro-
" externe de deux zones noires apparemment infarctoïdes séparées
" par un intervalle de tissu sain. L'une de ces masses présente
" un aspect pyramidal à base périphérique très caractéristique
" et évoquant nettement un infarctus.
" Histologiquement, on trouve au niveau de ces zones une conge-
" stion très intense mais peu d'infarcissement hémorragique des
" tissus. On trouve, par contre, une infiltration poly-nuclée
" très marquée de toute la zone avec des cylindres purulents, et
" une infiltration marquée du tissu interstitiel. Cette infiltra-
" tion poly-nuclée se retouve au niveau de la capsule.

" J'ai l'impression qu'il s'agit là d'une oblitération
" vasculaire incomplète par un embolus septique et infection
" aigüe secondaire de tout le parenchyme tributaire du vaisseau,
" ceci n'étant évidemment qu'une hypothèse.

" Le reste du parenchyme rénal ne montre que des lésions
" assez discrètes. On note des distensions marquées des capsules
" de Bowman, sans atrophie du flocus. Les tubes secréteurs et
" excréteurs ne paraissent pas lésés, et il n'existe aucune
" lésion interstitielle.

" Au niveau des cavités d'excrétion, on trouve un oedème
" très marqué avec une infiltration leucocytaire polymorphe, mais
" à prédominance mono-nucléée.

" L'uretère est très dilaté, mais ne présente que de dis-
" crètes lésions inflammatoires subaigües banales de sa paroi.

" Les causes de cette urétéro-hydro-néphrose importante
" n'apparaissent pas sur les prélèvements, les lésions inflam-
" matoires minimes observées étant vraisemblablement secondaires".

Dans l'après-midi déja, le résultat bénéfique de l'intervention s'est manifesté :

- la malade a été, pour la première fois, calme
- le faciès se recolore
- la température est descendue à 38°.

Le lendemain et les quatre jours suivants :
- les urines sont claires, abondantes
- la température a oscillé entre 38° et 37°

La réanimation a été pratiquée avec l'aide des examens biologiques.

La numération formule sanguine, effectuée au 6e jour de l'opération, a montré :

- 4 000 000 G.R.
- 8 000 G.B.

- L'azotémie est de 0, 30 grs o/oo
- L'urée urinaire : I3 grs par litre.

Une urographie intra-veineuse de contrôle a été pratiquée au I5° jour après l'opération ; elle a montré un rein gauche double, avec un double uretère et une élimination normale.

Le 2Ie jour, la malade est sortie du service avec une fonction rénale satisfaisante.

Deuxième observation : G .. D .. 38 ans, mère de 3 enfants, n'ayant dans ses antécédents personnels aucun passé urinaire, a accouché dans une Clinique.

Premier incident urologique, deux jours après l'accouchement ; douleur lombaire avec hyperthermie à 39°. Le tableau a regressé sous l'influence des calmants (Viscéralgine) et d'antibiotiques (Colimycine + Penicilline).

Après trois jours d'accalmie, apparition de douleurs intermittentes, de topographie et de caractères néphrétiques, évoluant à bas bruits avec influence nette de fatigue. La malade est restée chez elle, sans soins, pour raisons sociales.

Quinze jours après l'accouchement, aggravation des douleurs avec poussée fébrile et surtout hématurie abondante ; tout ce cortège ayant motivé une hospitalisation dans le service de Chirurgie.

A l'examen :

- Etat alarmant :
  - douleurs lombaires intolérables
  - température à 39° faciès infecté
  - pâleur
  - gros rein gauche douloureux
  - hématurie abondante faite de sang épais, noirâtre, malodorante, dont l'examen cyto-bactériologique révèle des collibacilles et des entérocoques.

- A l'urographie intra-veineuse :
  - le rein gauche est fonctionnel
  - le rein droit est muet

- L'urétéro-pyélographie rétrograde montre une belle image d'hydronéphrose.

Devant cet état grave, l'intervention est décidée :

- A l'intervention, on note un discret oedème de la loge, rénale. On parvient à libérer un énorme rein, dont le tissu rénal est réduit à une mince coque fibreuse.

- Le contenu rénal est fait d'un mélange d'urine, de sang et de petits grumeaux de pus.

- La néphrectomie a été pratiquée avec facilité.

- Les suites opératoires ont été favorables.

La malade est sortie de l'hôpital après un mois d'hospitalisation.

Troisième observation : Madame Pa ... primipare de 26 ans a présenté à 7 mois I/2 un tableau de pyélonéphrite gravidique et les lésions radiologiques que celle-ci entraine.

Tout l'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'il ne faut pas être obnubilé par la seule pyélonéphrite, et toujours penser à une lésion associée.

Au 8e mois de grossesse :

- douleurs lombaires
- urines aseptiques
- pas de B K
- l'urographie intra-veineuse pratiquée montre des images pathologiques bilatérales consistant en dilatations urétéro-pyélo-calicielles, surtout à gauche.

Accouchement par césarienne pour placenta previa au 9° mois.

Dans les suites de couches, apparition de :

- douleurs lombaires à gauche
- hématuries de moyenne abondance
- pyurie à staphylocoques.

A l'urographie, image sans conteste d'hydronéphrose à gauche, alors que le rein droit est fonctionnellement normal.

Après une bonne préparation pré-opératoire, l'intervention a été pratiquée :

Compte rendu opératoire :

- Voie lombaire habituelle
- Rein facilement extériorisé, assez gros
- On a remarqué que la cause de l'hydronéphrose a été une artère anormale venant de l'artère polaire inférieure, passant en avant de l'uretère, le comprimant, et par la suite provoquant l'hydronéphrose.
- Section de cette artère après ligature ; pas de signe d'infarcissement après la section
- Vu l'âge de la patiente et la moyenne intensité de la lésion du parenchyme rénal, on a décidé de faire une néphrostomie.

Suites opératoires satisfaisantes.

III - ETIOLOGIE DES HYDRONEPHROSES

A - Hydronéphroses non génitales

Le rein est l'organe le plus variable dans son siège, sa vascularisation, ses modifications anatomiques. L'hydronéphrose dans ce cas, sera congénitale, se révélant seulement au cours ou après la grossesse, due à une malformation.

- Ier) Au niveau de l'uretère, existence d'un rétrecissement d'une valvule anormale, d'une anomalie, décrite par BAZY, où le conduit urinaire coudé, horinzontal, forme un siphon au-dessus de l'abouchement du canal dans le bassinet.

- 2e) Au niveau du rein : artère anormale venue de la rénale ou artére polaire inférieure passant en avant de l'uretère, le comprimant, le coudant et par la suite provoquant une dilatation pyélique.

- 3e) Rappelons la fréquence de l'hydronéphrose dans les ectopies rénales et autres malformations telles que rein en fer à cheval.

B - Hydronéphroses acquises

Elles accompagnent les affections de l'uretère, du bassinet, du rein, ou leur succèdent.

- Ier) La lithiase rénale et urétérale donnent lieu, au-dessus du point rétréci, à une dilatation avec stage urinaire.

Un facteur important, signalé par HICKEL, est l'augmentation de pression dans le conduit urinaire, cause génératrice de l'uronéphrose. La ptose rénale, par les coudures et les torsions de l'uretère, est une source de dilatation.

- 2e) Les modifications apportées par la grossesse au niveau du tractus urinaire (atonie, perte de motricité, de sensibilité de ce dernier), sont des facteurs favorisants. D'ailleurs les différentes théories mécaniques, dynamiques ou mixtes, sont toutes d'accord pour reconnaitre la fréquence d'hydronéphrose au cours de la grossesse, même chez la femme sans passé urinaire.

- 3e) La compression extérieure de l'uretère. La théorie mécanique accuse l'utérus gravide d'une compression urétérale au niveau du détroit supérieur, mais il existe d'autres tumeurs, cause d'hydronéphrose (fibrôme pelvien, kyste de l'ovaire).

IV - RETENTISSEMENT DE LA GROSSESSE SUR LES VOIES URINAIRES HAUTES AU COURS ET APRES LA GROSSESSE

Les dilatations urétéro-pyélo-calicielles et les troubles de la fonction rénale, sont attribués, pour certains, à l'action hormonale, pour d'autres à la compression de l'utérus gravide au niveau des uretères, pour d'autres enfin, à l'association de ces deux facteurs.

Pierre VAUZANGES (Paris I952), dans sa thèse, développe d'une façon très remarquable la part essentielle de l'action mécanique.

Les trois théories évoquées sont les suivantes :

- La théorie mécanique qui attribue tous les troubles urinaires de la grossesse à une cause mécanique : la compression par l'utérus gravide de l'uretère.

- La théorie dynamique qui attribue les troubles observés à l'état de gravidité seul. Plus récemment, certains auteurs ont invoqué l'action des hormones génitales.

Les différentes causes, amenant une atonie de la musculature de l'uretère, une abolition ou une diminution du péristaltisme de cet organe, expliquent la dilatation à peu près constante des voies excrétrices et la stase urinaire.

- La théorie mixte ou le facteur dynamique est associé au facteur mécanique.

La théorie mixte paraît la plus vraisemblable ; cependant il serait peut-être utile de faire entrer dans la pathogénie des modifications gravidiques du tractus urinaire, la morphologie de la femme

enceinte. Si ces modifications prédominent chez les primipares, il faudrait peut-être ajouter à cette étude la notion des bassins dans la production d'un obstacle. Il serait intéressant de rechercher l'influence des bassins rachitiques de diverses formes, dans lesquels la tête foétale, restant au-dessus du détroit supérieur, peut comprimer l'uretère, ceux dans lesquels l'excavation pelvienne est modifiée et diminuée.

D'autre part, chez la femme gravide, il faut se rappeler que les uretères, même le droit, sont situés dans le sinus sacro-iliaque plus ou moins profond et leur position les met souvent à l'abri de la compression d'un utérus dont la consistance n'est point celle d'une tumeur fibrômateuse ou d'un kyste dermoïde.

V - MODIFICATIONS DU TRACTUS URINAIRE DANS LE POST-PARTUM

Dans ce bref exposé des modifications dues à la grossesse, il est nécessaire de préciser le rôle de l'accouchement et d'étudier par la suite la morphologie et la physiologie du tractus urinaire dans le post-partum.

Les auteurs classiques pensaient que dans les premiers jours des suites de couches, la restituo ad-integrum était la règle. Les méthodes radiologiques ont prouvé l'inexactitude de cette assertion.

En effet, l'urographie peut nous fournir des données précises et pour que celles-ci aient une valeur pronostique valable, il est nécessaire d'utiliser la technique de COLIEZ avec compression abdominale. VAUZANGES dans sa thèse, rapporte un certain nombre d'obersations de malades examinées dans le post-partum.

La grossesse peut dans de nombreux cas, surtout lorsqu'il y a eu infection de l'arbre urinaire, laisser des séquelles plus ou moins importantes.

Comme il est dit précédemment, toutes les conditions se trouvent réunies au cours de la grossesse pour l'apparition d'une hydronéphrose : les troubles constitués par la gravité même, les possibilités des compressions du canal urétéral, l'infection si fréquente du tractus urinaire.

Certes, de petites hydronéphroses se constituent dans beaucoup de cas, mais elles donnent fort peu de signes cliniques et ne sont décelables que par l'urographie intra-veineuse. Dans la majorité des cas, elles disparaissent après l'accouchement et, dans les mois qui suivent, ne donnent aucun symptôme, ni clinique, ni radiologique.

Cependant elles peuvent être l'amorce d'hydronéphrose se développant de façon plus grave surtout si le facteur infectieux est venu s'y ajouter. Différents auteurs, entre autre Mc DONNEL et GRAY ont découvert cette complication de la grossesse chez 7I % de leurs malades, alors qu'ils n'ont constaté que 53 % de dilatation urétérale. COLLIEZ, HICKEL, laur élève VAUZANGES, ont, par l'urographie intraveineuse, mis en évidence la fréquence de petites hydronéphroses se caractérisant par des ombres prépapillaires et par des images en boules, décrites également par FEY. On se rend compte de l'intérêt de la question et de la nécessité d'étudier radiologiquement l'arbre urinaire chez toute femme enceinte.

Le pronostic est variable suivant que l'hydronéphrose est liée directement à la grossesse et disparaît dans le post-parum, ou qu'il existait des causes originelles antérieures à la gravidité.

Le diagnostic est toujours difficile. L'examen nécessaire en présence des signes cliniques rénaux sera l'urographie intra-veineuse qui permettra des ombres prépapillaires et surtout, des images en boules. Cet examen révélera qu'il s'agit tantôt d'une hydronéphrose liée à la grossesse ou provoquée par une affection rénale antérieure à celle-ci, tantôt à une anomalie rénale.

Il faut se rendre compte de tous les ennuis que les diverses anomalies au niveau du rein, notamment les uretères doubles, les reins ectopiques ou en fer à cheval, peuvent créer pendant et après la grossesse. Les plus gros ennuis se voient surtout dans les cas des reins hypoplasiques ou d'absence congénitale ou acquise d'un rein, affections qui, souvent, ne sont décelées qu'à l'occasion de la grossesse.

C O N C L U S I O N S

Le premier cas d'hydronéphrose droite latente révélé par une hématurie considérable deux jours après l'accouchement, nous a posé les problèmes :

Ier) de l'aggravation de l'hydronéphrose par la grossesse et du retentissement général de celle-ci sur toutes les affections de l'arbre urinaire.

2e) de la rareté relative des hématuries dans les hydronéphroses - 0,5 à I % des cas (statistique de POULETTY service d'Urologie de l'Hôpital NECKER) en I955. Huit cas seulement d'hématurie sur des hydronéphroses pendant la grossesse ou les suites de couches avaient été rapportés.

3e) de l'intérêt des urographies pendant la grossesse en sachant qu'il s'agit là d'un acte inoffensif.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur ABOULKER

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- J. MICHON :

diagnostic des hématuries (V. I955 Ier janvier - n° I - pp 2I à 28)

- G. MATHE :

examens de laboratoires pour une hématurie rénale (V. I955 - Ier janvier - n° I - pp 73 à 76)

- P. ABOULKER :

examen urographique dans les hématuries (V. I955 - Ier janvier - n° I - pp 5I à 64)

- E. TRUC :

explorations instrumentales possibles chez l'hématurique, leurs médications, leurs dangers (V. I955 - Ier janvier - n° I - pp 39 à 50)

- J. POULETTY :

fréquence de l'hématurie d'alarme. Statistique étiologique de ces hématuries, premiers symptômes (V. I955 - Ier janvier - n° I - pp 7 à 2I)

- R. LOUVELAIRE :

Praticien devant l'hématurie (V. I955 - Ier janvier - n° I - pp 33 à 38)

- Y. TERNON :

les reins hydronéphrotiques de l'adulte (XII I962 - Ier avril - n° II - pp I087 à I097)

- P. MACQUET :

les reins infectieux (XII I962 - Ier avril n° II - pp I06I à I072)

- J.F. VAUZANGES :

retentissement de la gravité sur les voies urinaires hautes - thèse Paris I952

- VAN WAGENEN G. et JENKINS RH :

dilatation pyélo-urétérale au cours des grossesses successives

- STROMBERG N. :

rupture spontanée de l'hydronéphrose chez les femmes enceintes. Acta. Obst. Gynéc. Scand. I943 - 49 228 239

- L. SABADINI - J. DUCASSOU - M. IMBERT :

I - hydronéphrose gravidique énorme et grossie au 5e mois d'une grossesse gémellaire. Néphrectomie - accouchement à terme

2 - pyonéphrose calculeuse gravidique grave - ablation des calculs et néphrectomie - accouchement à terme : J. Urologie I949-55 n° 7 - 8 - 585

- I.C. CAMPBELL :

un cas de rupture spontanée extra et intra-péritonéale d'une hydronéphrose au cours de la grossesse. J. Obst. Gyn. But. Emp. déc. I947 - 54 n° 6-853 854

- L. H. BUSKIN et J.B. GALVIN :

complications rénales des grossesses - Urol. Cutan. Rev. sept I947 n° 9- 495 497

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18-93
535:18-62